



Prevención y tratamiento de hemorragia Post-parto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos

Declaración conjunta

**Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés)
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) son socios clave en el esfuerzo global para reducir la muerte e incapacidad materna alrededor del mundo. Como indica la misión de cada organización, comparten un compromiso común de promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres, muy especialmente aquellas con mayor riesgo de muerte e incapacidad asociada con el embarazo. La FIGO y la ICM promueven intervenciones con base en evidencias que, cuando se usan apropiadamente con consentimiento informado, pueden reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad materna.

Esta declaración refleja el estado avanzado actual (2006) de la ciencia de prevención y tratamiento de la hemorragia post parto (PPH por sus siglas en inglés) en entornos de bajos recursos. Incorpora nueva evidencia de investigación que ha estado disponible desde la publicación en el 2003 de la primera Declaración Conjunta FIGO/ICM: *Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto*.¹

Aproximadamente el 30 por ciento de las muertes maternas en todo el mundo se deben a hemorragias, la mayoría en el período post-parto.² La mayoría de las muertes maternas debidas a PPH suceden en países en vías de desarrollo en entornos (tanto hospitalarios como en comunidades) donde no hay proveedores de parto o donde los proveedores de parto carecen de las habilidades o equipo necesarios para prevenir y manejar la PPH y el colapso cardiovascular. La Meta de Desarrollo del Milenio de reducir la proporción de mortalidad materna en un 75 por ciento para el 2015³ permanecerá fuera de nuestro alcance a menos que confrontemos el problema de la PPH en los países en desarrollo como una prioridad.

Tanto la ICM como la FIGO apoyan las recomendaciones internacionales que enfatizan el suministro de proveedores de parto calificados y servicios obstétricos mejorados, como cruciales para los esfuerzos de reducir la mortalidad materna y neonatal. Estas políticas reflejan lo que debería ser un derecho básico para todas las mujeres. Para enfrentar la PPH se requerirá una combinación de enfoques para expandir el acceso a un cuidado calificado y al mismo tiempo, extender las intervenciones que salven la vida a lo largo de una gama de cuidado, de la comunidad al hospital. Los diferentes entornos donde las mujeres dan a luz en toda esta gama, requieren diferentes enfoques para la prevención y tratamiento de la PPH.

Llamado a la Acción

A pesar de las actividades de Maternidad Segura desde 1987, las mujeres todavía mueren en los partos. Las mujeres que viven en entornos de bajos recursos, son más vulnerables debido a enfermedades, pobreza, discriminación y acceso limitado a cuidado de la salud. La ICM y la FIGO tienen un papel central que jugar en el mejoramiento de la capacidad de las sociedades obstétrica nacionales y las asociaciones de matronas* para reducir la mortalidad materna mediante enfoques seguros, efectivos, factibles y sostenibles para reducir las muertes e incapacidades resultantes de la PPH. A su vez, las asociaciones obstétricas nacionales y de matronas, deben dirigir el esfuerzo para implementar los enfoques descritos en esta declaración. Las asociaciones profesionales pueden movilizarse para:

- Realizar cabildeo con los gobiernos para asegurar cuidado de la salud para todas las mujeres;
- Abogar para que todas las mujeres tengan una matrona, médico u otro proveedor debidamente entrenado en cada nacimiento;
- Diseminar esta declaración a todos los miembros mediante los medios disponibles incluyendo publicaciones en boletines de noticias nacionales o revistas profesionales;

* En este documento se utiliza la designación "matrona" para referir a un profesional de la salud con capacitación obstétrica según la "Definición de la Matrona" de la Confederación Internacional de las Matronas (ICM). Entendemos que dependiendo del país, también se alude a este profesional de la salud como "enfermera obstetra", "obstetriz" o "partera".

- Educar a sus miembros, otros proveedores de cuidado de la salud, legisladores, y al público sobre los enfoques descritos en esta declaración y sobre la necesidad de recibir un cuidado calificado durante el parto;
- Enfrentar las barreras legislativas y reguladoras que impiden el acceso al cuidado que puede salvar la vida, especialmente barreras de políticas que impiden a las matronas y otros proveedores de nacimientos administrar fármacos uterotónicos;
- Asegurar que todos los proveedores de nacimientos tengan la capacitación necesaria, apropiada para los entornos donde trabajan, para administrar con seguridad fármacos uterotónicos e implementar otros enfoques descritos en esta declaración y que los fármacos uterotónicos estén disponibles en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades;
- Apelar a agencias reguladoras nacionales y legisladores para que aprueben el misoprostol para la prevención y tratamiento de PPH;
- Incorporar las recomendaciones de esta declaración en las directrices, competencias y currículos actuales.

También apelamos a las agencias de financiamiento para que ayuden a financiar iniciativas dirigidas a reducir la PPH mediante el uso de intervenciones económicas y apropiadas en recursos.

Prevención de Hemorragia Post-parto

Las mujeres embarazadas pueden sufrir una pérdida de sangre que ponga en peligro su vida a la hora del parto. Las mujeres anémicas son más vulnerables aún con una pérdida de sangre moderada. Afortunadamente la mayoría de las PPH pueden prevenirse. Se pueden emplear diferentes enfoques dependiendo del entorno y la disponibilidad de suministros y proveedores de parto calificados.

Manejo activo en la tercera etapa del parto (MATEP)

Los datos apoyan el uso del manejo activo en la tercera etapa del parto (MATEP) por todos los proveedores de parto calificados independientemente de dónde lo practiquen. El MATEP reduce la incidencia de la PPH, la cantidad de pérdida de sangre y el uso de transfusiones⁴, así que debería ser incluido en los programas de intervenciones orientadas a reducir las muertes por PPH.

Los componentes usuales del MATEP incluyen:

- Administración de oxitocina* u otro fármaco uterotónico antes que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé
- Tracción controlada del cordón**
- Masaje uterino después del nacimiento de la placenta cuando corresponda.

(Para obtener una información más detallada sobre MATEP, vea la Declaración Conjunta FIGO/ICM: *Manejo de la tercera etapa del parto para prevenir la hemorragia post-parto.*)

Misoprostol y la Prevención de Hemorragia Post-Parto

En situaciones donde no hay oxitocina disponible o donde las habilidades de los proveedores de parto son limitadas, la rápida administración de misoprostol después del nacimiento del bebé reduce la ocurrencia de hemorragia^{7, 8}. Los efectos secundarios más comunes son escalofríos transitorios y fiebre. La educación de las mujeres y los proveedores de parto sobre el uso apropiado de misoprostol es esencial.

Los componentes usuales de la administración de misoprostol incluyen:

- Administración de 600 microgramos (mcg) de misoprostol oral o sublingual después del nacimiento del bebé***
- Tracción controlada del cordón SÓLO cuando un proveedor calificado esté presente en el nacimiento
- Masaje uterino después de la expulsión de la placenta cuando corresponda.

Manejo de la tercera etapa del parto en la ausencia de fármacos uterotónicos

En algunos entornos, no habrá fármacos uterotónicos disponibles debido a interrupciones de suministros o del lugar del parto. En ausencia de evidencia actualizada, ICM y FIGO recomiendan que cuando no haya fármacos uterotónicos disponibles para proveedores de parto calificados o no calificados, el manejo de la tercera etapa del parto incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo)
- Animar el esfuerzo materno para el manejo de las contracciones y si es necesario promover una posición vertical
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto puede causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina

* El mejor método de almacenamiento de la oxitocina es la refrigeración pero puede almacenarse a temperaturas de hasta 30°C hasta tres meses sin gran pérdida de la potencia.⁵

** El demorar la sujeción del cordón umbilical de uno a tres minutos puede reducir la anemia en el recién nacido.⁶

***Según los datos de dos estudios en los que se compararon misoprostol con un placebo muestran que el misoprostol de 600 mcg administrado oral o sublingualmente reduce la PPH con o sin tracción controlada del cordón o sin usar el masaje uterino.^{7,8}

- Masaje uterino después de la expulsión de la placenta si corresponde.

Tratamiento de Hemorragia Post-parto

A pesar de los grandes avances en la prevención de la PPH, algunas mujeres todavía requerirán tratamiento por sangrado excesivo. La referencia y el traslado a tiempo apropiados, a instalaciones básicas o completas de Cuidado Obstétrico de Emergencia (EmOC por sus siglas en inglés) para tratamiento, es esencial para salvar la vida de las mujeres. Actualmente el estándar en instalaciones básicas de cuidado EmOC incluye la administración IV/IM de fármacos uterotónicos y la extracción manual de la placenta y productos del parto retenidos; las facilidades de cuidado obstétrico de emergencia completa también incluyen transfusión de sangre y/o cirugía.⁹

Cuidado de emergencia comunitario – Habilidades para el salvamento de la vida en el hogar. (HBLSS por sus siglas en inglés)

Se le puede enseñar a cualquier persona que asista un parto, habilidades básicas para el salvamento de la vida en el hogar. Los primeros auxilios obstétricos comunitarios con habilidades para el salvamento de la vida en el hogar (HBLSS), es un programa enfocado a la familia y a la comunidad que se orienta a incrementar el acceso a medidas de salvamento de la vida básicas y disminuir los atrasos para llegar a instalaciones de referencia. A los miembros de la familia y de la comunidad se les enseñan técnicas como masaje del fondo uterino y preparación para emergencias. Las pruebas de campo sugieren que HBLSS puede ser un auxiliar útil en la prevención completa de PPH y el programa de tratamiento.¹⁰ La identificación temprana de la hemorragia y el pronto inicio del tratamiento son clave para la efectividad del tratamiento.

Misoprostol en el tratamiento de la Hemorragia Post-parto

Aunque hay menos información acerca del efecto de misoprostol para el tratamiento de la PPH, podría ser apropiado para el uso en entornos de bajos recursos y para ser utilizado solo, en combinación con oxitocina, y como último recurso para el tratamiento de PPH. En la información publicada, una variedad de dosis y rutas de administración han mostrado resultados prometedores.¹¹ En nacimientos en el hogar sin un proveedor calificado, el misoprostol podría ser la única tecnología disponible para controlar la PPH. Todavía no se ha determinado un régimen de tratamiento óptimo. Un estudio publicado sobre el tratamiento de la PPH descubrió que 1000 mcg rectales, reducen significativamente la necesidad de intervenciones adicionales.¹² Hay un estudio en curso para determinar la dosis más efectiva y segura para el tratamiento de la PPH. Se ha reportado un raro caso de hiperpirexia no fatal después de 800 mcg de misoprostol oral.¹³

NOTA: No se recomiendan dosis repetidas de misoprostol.

Técnicas innovadoras

Otras prometedoras técnicas apropiadas para entornos de bajos recursos para la valoración y tratamiento de la PPH incluyen mediciones fáciles y precisas de pérdida de sangre,^{14,15} oxitocina en Uniject,¹⁶ taponamiento uterino,¹⁷ y la dispositivo anti choque.¹⁸ Estas innovaciones están todavía bajo investigación para su utilización en entornos de bajos recursos, pero podrían probar ser programáticamente importantes especialmente para mujeres que viven lejos de lugares de cuidado calificado.

Necesidades de Investigación

Se han dado pasos importantes para identificar enfoques para salvar la vida e intervenciones apropiadas para la prevención y tratamiento de la PPH en entornos de bajos recursos. El campo está evolucionando rápidamente y los siguientes asuntos han sido identificados como prioritarios para investigaciones futuras en entornos de bajos recursos:

- Determinar la dosis óptima y la ruta de misoprostol para la prevención y tratamiento de la PPH que aún sería altamente efectiva y minimizando el riesgo de efectos secundarios.
- Determinar el método más efectivo del manejo de la tercera etapa cuando no hayan fármacos uterotónicos disponibles.
- Evaluar el impacto de una mejor medición de pérdida de sangre (por ejemplo con una cortina recolectora de sangre calibrada u otros medios) en las prácticas de alumbramiento de los proveedores de parto.
- Evaluar las opciones de tratamiento de la PPH en instalaciones de menor nivel (EMOP básico), en particular, taponamiento uterino y el dispositivo anti-choque.
- Identificar los medios más eficientes y efectivos para enseñar y apoyar las habilidades necesarias de los proveedores de nacimientos y para otorgar poderes a la comunidad para enfrentar la PPH.

Referencias

1. Confederación Internacional de Matronas y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración Conjunta. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto.. [Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage]. 2003.
http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf or <http://www.figo.org/content/PDF/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf>
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367:1066-74. DOI:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
3. United Nations. Millennium Development Goals. New York (NY): UN; 2000. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Retrieved October 12, 2006.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.
5. Hogerzeil HV, Walker GJ, de Goeje MJ. Stability of injectable oxytocics in tropical climates: results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine, and oxytocin. Geneva: Action Programme on Essential Drugs and Vaccines, World Health Organization; 1993. WHO Publication No. WHO/DPA/93.6.
6. Ceriani Cernandas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006;117:e779-86.
7. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Gellar SE, Naik VA, Bellad M, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368:1248-53.
8. Høj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial. *BMJ* 2005;331:723.
9. United Nations Population Fund. Emergency obstetric care: checklist for planners. New York (NY): UNFPA; 2003. Available at: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf. Retrieved October 12, 2006.
10. Sibley L, Buffington ST, Haileyesus D. The American College of Nurse Midwives' Home-based lifesaving skills program: a review of the Ethiopia field test [published erratum appears in *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):following table of contents]. *J Midwifery Womens Health* 2004;49:320-8.
11. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG* 2005;112:547-53.
12. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia E. Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;90:51-5.
13. Chong YS, Chua S, Arulkumaran S. Severe hyperthermia following oral misoprostol in the immediate postpartum period. *Obstet Gynecol* 1997;90:703-4.
14. Tourne G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. Usefulness of a collecting bag for the diagnosis of postpartum haemorrhage [French]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33:229-34.
15. Prata N, Mbaruku G, Campbell M. Using the kanga to measure post-partum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:49-50.
16. Tsu VD, Sutanto A, Vaidya K, Coffey P, Widjaya A. Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:103-11.
17. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2003;101:767-72.
18. Miller S, Hamza S, Bray EH, Lester F, Nada K, Gibson R, et al. First aid for obstetric haemorrhage: the pilot study of the non-pneumatic anti-shock garment in Egypt. *BJOG* 2006;113:424-9.